



## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ALTERNANCIA DURANTE PANDEMIA OCASIONADA POR EL COVID-19.**

Nosotros (Madre) \_\_\_\_\_ identificada con C.C. N° \_\_\_\_\_ y (Padre) \_\_\_\_\_ identificado con C.C. N° \_\_\_\_\_, mayores de edad y domiciliados en \_\_\_\_\_, en nuestra condición de padres de familia y/o representantes del estudiante \_\_\_\_\_, identificado con R.C./T.I. No. \_\_\_\_\_, del grado \_\_\_\_\_, por la presente manifestamos:

**PRIMERO: EL INSTITUTO CIUDAD LORICA SAS** a través de sus representantes, nos han explicado clara y detalladamente, en qué consiste el programa mediante el modelo de alternancia, para enviar a nuestros hijos a estudiar de manera presencial a sus instalaciones, en los días y horarios establecidos para este fin.

**SEGUNDO:** Entendemos que la finalidad de la implementación de esta estrategia, es iniciar de manera gradual y progresiva el regreso a la presencialidad, siguiendo todos los protocolos de bioseguridad aprobados por la Secretaría de Educación, con previa autorización de los padres de familia y/o representantes.

**TERCERO:** Somos conscientes y entendemos el riesgo de contagio por COVID-19 que implica la presencialidad para nuestros hijos o representados en las instalaciones del **INSTITUTO CIUDAD LORICA SAS**, ya que a pesar de las medidas de protección, de la implementación de los protocolos de bioseguridad y de la ejecución de todas las medidas de prevención pueden resultar contagiados, toda vez que, efectivamente la enfermedad se halla en una fase de estudio y no se tiene certeza absoluta, de que todas las disposiciones de las autoridades sanitarias que han sido formuladas hasta ahora, tanto por entidades internacionales como nacionales, sean suficientes para evitar dicho contagio.

**CUARTO:** Siendo conscientes de la existencia del riesgo de contagio por COVID-19, a que se puede exponer nuestro hijo y/o representado con ocasión de la asistencia a la institución educativa en el modelo de alternancia, asumimos **todo tipo de responsabilidad legal** de orden civil, penal, contractual o extracontractual, y de cualquier otro orden que se pueda llegar a generar. Así mismo, por el presente documento renunciamos a cualquier reclamo, demanda, indemnización y a cualquier acción legal en contra del **INSTITUTO CIUDAD LORICA SAS**.

**QUINTO:** Como padres de familia y/o acudientes nos obligamos y comprometemos a cumplir en casa y en familia con las directrices de autocuidado emanadas por las autoridades sanitarias; así mismo, a informar al **INSTITUTO CIUDAD LORICA SAS** en caso que se presenten episodios de gripa, contagio, fiebre, o Covid-19, en el núcleo familiar, o, si algún miembro de la familia ha estado en contacto con una persona que tenga estos síntomas; igualmente, nos obligamos a suministrar todos los elementos requeridos por el **INSTITUTO CIUDAD LORICA SAS** y, por las autoridades sanitarias para que nuestro hijo y/o representado asista al **INSTITUTO CIUDAD LORICA SAS**.



**SEXTO:** Hemos sido informados, de que si se requiere de nuestra parte una ampliación de la información suministrada sobre el programa mediante el modelo de alternancia, las directivas del **INSTITUTO CIUDAD LORICA SAS** estarán siempre dispuestas a atender dichas solicitudes, con el fin de aclarar todas las dudas sobre los procedimientos seguidos por **INSTITUTO CIUDAD LORICA SAS** en este modelo de alternancia. También hemos sido informados y se nos ha dado a conocer que mediante las fases (1,2 y 3) no está permitido el ingreso de padres a las instalaciones del colegio, para cumplir con el aforo permitido.

**SEPTIMO:** Nos comprometemos como padres de familia a llenar el reporte diario de estado de salud, sin el cual no podrá entrar el estudiante a las instalaciones del **INSTITUTO CIUDAD LORICA SAS**.

**OCTAVO:** Manifestamos expresamente que el presente documento lo hemos leído y comprendido en cada una de sus partes; que la autorización otorgada por este medio para que nuestro hijo asista a la institución educativa es libre y voluntaria, sin ningún tipo de apremio, presión o coacción, toda vez que hemos sido debida y plenamente informados de los posibles riesgos de contagio por COVID-19, de los protocolos de bio-seguridad que la institución ha implementado y de la organización del el modelo de alternancia.

**NOVENO:** Hemos sido debidamente informados de que en cualquier momento podemos retirar esta autorización, momento en el cual nuestro hijo o representado, seguirá tomando sus clases de manera virtual.

El presente consentimiento se suscribe en la ciudad de Loricá- Córdoba, a los quince (15) días del mes de febrero de 2021.

***PADRES DE FAMILIA Y/O REPRESENTANTES***

\_\_\_\_\_  
Nombre Madre  
C.C.                      de

\_\_\_\_\_  
Nombre Padre  
C.C.                      de

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma



## ENCUESTA COMORBILIDADES DE RIESGO

En virtud a la directriz expedida por el ministerio de educación nacional donde señala las orientaciones a los establecimientos educativos para la prestación del servicio en los niveles de educación preescolar, básica y media, en el marco de la emergencia sanitaria por el COVID-19. El INSTITUTO CIUDAD LORICA SAS, interesados en conocer el estado de salud actual de los estudiantes y sus familias, les solicitamos responder de manera veraz y oportuna las siguientes preguntas:

Información del estudiante y su familia

Nombre del Padre/Madre o Acudiente \_\_\_\_\_

Nombre del (s) estudiante(s) \_\_\_\_\_

A qué grado pertenece su hijo (a) \* \_\_\_\_\_

1. En cuanto a las condiciones de salud de sus hijos, indique con una x los antecedentes médicos que le hayan diagnosticado:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Cardiopatías</li><li>• Hipertensión arterial</li><li>• Neumopatías crónicas desde asma no controlada y/o asma grave</li><li>• Enfermedad pulmonar crónica - EPOC</li><li>• Fibrosis quística</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermedad hepática aguda o crónica sintomática</li><li>• Inmunodeficiencias primarias y secundarias</li><li>• Cáncer de cualquier tipo</li><li>• Inmunosupresores o quimioterapias</li><li>• Insuficiencia renal</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Diabetes</li><li>• Desnutrición</li><li>• Hipotiroidismo</li><li>• Alergias</li><li>• Difteria</li><li>• Obesidad</li><li>• Ninguna de las anteriores</li><li>• Otro</li></ul> |
|--|---|--|
- Cual \_\_\_\_\_

**2. Actualmente, en su núcleo familiar hay población:**

De 0 a 6 años

De 7 a 18 años

Adultos mayores (más de 60 años)

**3. La modalidad de trabajo en su núcleo familiar es:**

Actualmente trabajo en casa

Telecomunicación o teletrabajo

Debe desplazarse fuera de su hogar para trabajar

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN EN PRO DEL BIENESTAR DE NUESTRA COMUNIDAD ICILISTA.

Los datos que se recogen a través de este formulario, tienen la finalidad de conocer el estado de salud de los estudiantes y sus familias para orientar las acciones de prevención. Los datos podrán ser usados solo con fines administrativos. Al marcar la casilla de verificación das tu consentimiento.

**He leído la política y acepto las condiciones**

**SI**

**NO**

\_\_\_\_\_  
Firma

C.c.